

N° 279.

ESSAI

SUR

LA PALATITE,

OU

ANGINE GUTTURALE DES AUTEURS;

THÈSE

Présentée et soutenue à la Faculté de Médecine de Paris, le 31 août 1831, pour obtenir le grade de Docteur en médecine;

PAR JEAN-MARIE-AUGUSTE SAIGET, de Bécherel,

Département d'Ille-et-Vilaine;

Chirurgien aide-major au 3e. lancier.

A PARIS,

DE L'IMPRIMERIE DE DIDOT LE JEUNE,

Imprimeur de la Faculté de Médecine, rue des Maçons-Sorbonne, n°. 13.

1831.

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS.

Professeurs.

M. ORFILA, Doyen.	Messieurs
Anatomie	CRUVEILHIER.
Physiologie	BÉRARD.
Chimie médicale	ORFILA.
Physique médicale	PELLETAN, *Examinateur.*
Histoire naturelle médicale	RICHARD.
Pharmacologie	DEYEUX, *Suppléant.*
Hygiène	DES GENETTES.
Pathologie chirurgicale	MARJOLIN. CLOQUET.
Pathologie médicale	DUMÉRIL. ANDRAL.
Pathologie et thérapeutique générales	BROUSSAIS.
Opérations et appareils	RICHERAND, *Examinateur.*
Thérapeutique et matière médicale	ALIBERT.
Médecine légale	ADELON.
Accouchemens, maladies des femmes en couches et des enfans nouveau-nés	MOREAU, *Président.*
Clinique médicale	LEROUX. FOUQUIER. …………… CHOMEL.
Clinique chirurgicale	BOYER. DUBOIS. DUPUYTREN. ROUX, *Examinateur.*
Clinique d'accouchemens	……………

Professeurs honoraires.

MM. DE JUSSIEU, LALLEMENT.

Agrégés en exercice.

MM.

Baudelocque.
Bayle, *Suppléant.*
Blandin.
Bouillaud.
Bouvier.
Briquet.
Brongniart.
Cottereau.
Dance.
Devergie.
Dubled.

MM.

Dubois.
Gerdy.
Gibert.
Hatin.
Lisfranc.
Martin Solon.
Piorry, *Examinateur.*
Rochoux, *Examinateur.*
Sandras.
Trousseau.
Velpeau.

Par délibération du 9 décembre 1798, l'École a arrêté que les opinions émises dans les dissertations qui lui seront présentées doivent être considérées comme propres à leurs auteurs, qu'elle n'entend leur donner aucune approbation ni improbation.

A MON PÈRE

ET

A MA MÈRE.

Témoignage d'un amour sans bornes et d'une reconnaissance éternelle.

A MON FRÈRE,

A MES SOEURS,

A MON BEAU-FRÈRE.

Gage d'amitié.

J.-M.-A. SAIGET.

AVANT-PROPOS.

Nommé inopinément au troisième régiment de lanciers, et pressé de me rendre au poste qui m'est assigné, je me vois forcé de présenter au jugement des professeurs de cette Faculté un travail imparfait et rédigé à la hâte, qui a besoin de toute leur indulgence.

En de plus habiles mains, ce sujet eût pu devenir très-fécond en considérations physiologiques d'un très-haut intérêt; mais je n'ai eu ni le temps, ni les moyens de lui donner tout le développement qu'il comporte, et je m'estimerai heureux si ce faible opuscule, auquel la nécessité seule m'a forcé de donner le jour, paraît à mes juges digne de leur bienveillance.

ESSAI

SUR

LA PALATITE,

OU

ANGINE GUTTURALE DES AUTEURS.

On doit entendre par *palatite* l'inflammation de la membrane muqueuse, qui s'étend depuis les gencives jusqu'à la luette, sur la voûte palatine, sur les piliers du voile du palais et sur les amygdales.

Anatomie. Sur la voûte palatine, la membrane muqueuse est assez dense, de couleur rose, et très-adhérente au périoste ; elle est sillonnée à sa partie antérieure par des rides transversales, et renferme une couche épaisse de glandes mucipares. La partie membraneuse du voile du palais est formée antérieurement par le prolongement de la membrane palatine, et en arrière par le prolongement de la membrane des fosses nasales. Entre ces deux feuillets on trouve une couche très-serrée de glandes mucipares considérable, et les muscles abaisseurs et releveurs du voile du palais.

Les amygdales sont des corps ovoïdes, longs d'environ six lignes sur trois d'épaisseur et de largeur, formés par un amas de follicules

muqueux, et situés de chaque côté de l'isthme du gosier, entre les piliers du voile du palais; leur face interne, libre et saillante, est recouverte par la membrane muqueuse, qui dans cet endroit est plus fine, plus rouge que sur les parties voisines, et percée de plusieurs ouvertures.

Le fluide fourni par les amygdales, et qu'on peut faire sortir par la pression, est en tout semblable au fluide muqueux; il en a l'aspect, la consistance, et il se concrète également dans les inflammations des parties qui le préparent; il sert à faciliter la progression du bol alimentaire à travers l'isthme du gosier; il est surtout excrété durant cette période de la déglutition par la pression extérieure qu'exerce alors le muscle constricteur supérieur du pharynx.

La luette est un appendice du voile du palais, formé par les muscles palato-staphylins et par la portion de membrane muqueuse qui les enveloppe et qui présente dans l'état naturel une rougeur assez vive, enfin par beaucoup de glandes mucipares.

La membrane palatine reçoit ses artères de la maxillaire interne et de la labiale; ses veines aboutissent à la jugulaire interne; ses nerfs proviennent des rameaux palatins, fournis par le ganglion sphéno-palatin et le maxillaire supérieur.

La palatite comprend l'amygdalite, la staphylite, l'inflammation du voile du palais et de la membrane qui revêt la voûte palatine; toutefois, dans le plus grand nombre des cas, ces diverses portions sont phlogosées en même temps, ce qui constitue l'angine gutturale, l'esquinancie ou le mal de gorge. Ainsi nous décrirons la palatite d'une manière générale, en ayant soin de rapporter à chaque région de la membrane les phénomènes qui lui appartiennent.

La voûte et le voile du palais sont souvent envahis par les aphthes dans la stomatite aphtheuse. Quelquefois aussi des aphthes s'y développent isolément par le contact des liqueurs spiritueuses; un régime rafraîchissant suffit pour les effacer, et il est toujours facile de les distinguer des ulcérations syphilitiques de la même région, qui sont toujours moins nombreuses, persistent plus long-temps, s'étendent

en longueur ou en profondeur, et donnent un timbre particulier à la voix.

Les circonstances favorables au développement de la palatite sont : l'enfance, la jeunesse, l'activité de l'hématose; et quant aux influences extérieures, le printemps, l'hiver, l'humidité automnale, le séjour des lieux élevés ou celui des lieux bas et humides, des pays marécageux ou très-boisés.

Causes. 1°. Les excitans naturels de la membrane palatine sont : l'air atmosphérique, les alimens et les boissons, le mucus fourni par les amygdales et les autres cryptes muqueux. Ainsi l'action d'un courant d'air, d'un vent violent; la marche, la course, l'équitation dans une direction opposée au vent, l'air chaud et humide, les boissons très-chaudes ou irritantes, les alimens âcres, la concrétion des mucosités à la suite de l'inflammation partielle des amygdales, produisent souvent la palatite générale. L'excès de mouvement ou d'exercice des organes dans le chant, les cris, la parole, le jeu des instrumens à vent, irritent et dessèchent l'arrière-bouche, et produisent également la palatite par exagération de l'action naturelle des parties. Des efforts répétés d'excrétion chez les personnes qui ont l'habitude de rejeter par la bouche les mucosités nasales, produisent aussi l'inflammation du voile du palais.

2°. Les stimulus insolites qui agissent directement sur les mêmes parties, sont les poisons ou médicamens âcres, les vapeurs irritantes, les corps étrangers, les polypes développés dans la gorge, le contact d'une matière zoogène à l'état fluide ou gazeux.

3°. La membrane palatine ne peut, dans aucun cas, être privée de ses excitans naturels, l'air et les alimens, qui sont les conditions de la vie, et qui ne peuvent pénétrer dans l'organisme par une autre voie. Ainsi la membrane palatine n'est jamais surexcitée par suite de la privation de ses stimulus naturels.

4°. L'action d'un air froid, d'une boisson glacée ou d'un aliment solide à la même température, produit souvent, chez les sujets irri-

tables et qui n'ont pas l'habitude de ces impressions, une vive irritation.

5°. La phlegmasie de la peau, et surtout la scarlatine; l'inflammation de l'estomac, les phlegmasies chroniques des poumons, l'uréthrite, l'orchidite, produisent sympathiquement la palatite. La rhinite, l'otite, la pharyngite, la produisent par continuité et proximité de surface; mais, plus souvent encore, c'est la palatite qui se montre la première et qui s'étend à ces diverses parties.

6°. Enfin l'abexcitation de la peau ou d'une surface muqueuse, est peut-être la cause la plus ordinaire de la palatite; ainsi l'impression du froid sur le corps échauffé et couvert de sueur, surtout le refroidissement des pieds, de la région cervicale; la suppression d'une hémorrhagie, d'une irritation, notamment de l'urétrite blennorrhagique, provoquent fréquemment l'angine gutturale.

Les caractères subjectifs de la palatite sont, un sentiment de démangeaison, de sécheresse et de chaleur dans l'arrière-bouche; la gêne de la déglutition, surtout la difficulté d'avaler la salive; la sensation d'un corps étranger, un sentiment de constriction ou bientôt une douleur médiocre ou très-vive, le besoin continuel et inutile d'avaler, un véritable ténesme des organes de la déglutition, des nausées, des vomissemens, de la dyspnée, et une suffocation passagère lorsque le gonflement des amygdales est très-grand; enfin, à une époque plus avancée, des efforts pénibles d'expuition qui augmentent incessamment l'irritation des parties.

Les phénomènes objectifs sont, le gonflement médiocre et à peu près uniforme du voile du palais, la tuméfaction plus apparente de la luette, la rougeur vive ou foncée des mêmes parties, leur aridité, leur aspect luisant, le gonflement des deux amygdales qui, dépassant les piliers du voile du palais, font saillie l'une vers l'autre, et quelquefois se touchent par leurs surfaces libres, ou bien le gonflement d'une seule amygdale, lorsque l'inflammation est bornée à un seul côté; dans ce dernier cas, la luette est souvent pressée vers le côté sain. En avalant, le malade incline la tête de ce côté pour y faire passer les

alimens et les boissons. Quelquefois le gonflement des amygdales rend très-douloureux l'écartement des mâchoires, et ne permet pas de reconnaître les organes phlogosés; cependant la mâchoire s'abaisse ordinairement assez pour que l'on puisse porter le doigt sur les amygdales, et distinguer le gonflement et la dureté qu'elles présentent. A ces symptômes, il faut ajouter l'obscurcissement de la voix, l'accent nasonné ou l'aphonie complète, le reflux des boissons par les fosses nasales, l'expuition, accompagnée d'un bruissement rauque, de matières d'abord claires, confondues avec la salive, puis visqueuses, collantes, irritant les parties sur lesquelles elles sont déposées, et ne s'en détachant qu'avec peine et par un crachement continuel que le malade redoute moins que le mouvement de déglutition. La membrane qui enveloppe les amygdales se couvre d'une toile grisâtre et membraniforme, ou bien de petites concrétions muqueuses ou sébacées. Quelquefois le malade rejette des pelotons de matières durcies et mêlées de caillots de sang noirâtre.

Les phénomènes sympathiques ou provoqués par l'extension de la phlegmasie gutturale aux parties voisines viennent se joindre aux symptômes locaux; tels sont la céphalite, la rougeur et le gonflement de la face, l'injection des conjonctives; la rhinite, que l'on voit souvent alterner avec la palatite; l'otalgie, le bourdonnement, la surdité complète, la tuméfaction de l'un des côtés du cou, la soif ou l'irritation des organes urinaires par suite de l'impossibilité de boire; la faim, l'insomnie, l'agitation, la chaleur de la peau, la fréquence ou la dureté du pouls.

La palatite marche presque toujours d'une manière continue avec de légères exacerbations le matin et le soir. Dans certains cas, elle est rémittente, et l'on observe des paroxysmes avec des intervalles de calme; elle est quelquefois périodique ou typique; mais chaque année, lorsque la révolution des saisons amène avec elles les mêmes causes, il est des individus qui en sont constamment affectés. Dans ces cas, tantôt elle présente les mêmes symptômes, la même durée; d'autres fois elle n'a de constant que son retour.

La palatite est sporadique et épidémique; lorsqu'elle est épidémique, elle attaque à la fois un grand nombre d'individus soumis aux mêmes causes. Elle est contagieuse dans ce sens qu'il est toujours dangereux pour un homme sain de respirer l'air expiré par un individu atteint de cette affection ; ainsi, lorsque cette maladie règne épidémiquement, le médecin doit faire attention qu'il y a double raison dans ce cas pour en être atteint, sous l'influence d'une des causes productives et de l'air expiré par les malades.

La palatite se termine presque toujours par la résolution ; dans quelques cas cependant un abcès se forme soit dans les amygdales, soit dans le voile du palais. L'induration des amygdales, la gangrène, l'état chronique en sont aussi des terminaisons ; mais la plus fâcheuse, qui est souvent mortelle, c'est la terminaison par une irritation métastatique du cerveau, des poumons et de l'estomac ; alors tous les symptômes locaux disparaissent. Cette affection se termine encore par le prolapsus ou l'infiltration de la luette.

Lorsque la résolution doit être la terminaison de la maladie, on voit tous les symptômes disparaître peu à peu; le gonflement, qui persiste plus long-temps, cède aussi à son tour, et bientôt tous les tissus reviennent à leur état normal. Si elle marche vers la suppuration, la fièvre devient plus intense; la douleur, d'aiguë qu'elle était, devient sourde, gravative et profonde; enfin il se forme un abcès qu'on reconnaît au gonflement et au ramollissement de la partie qui en est le siége. Cet abcès s'ouvre le plus souvent de lui-même dans un effort d'expuition. Le pus se fait jour par la bouche, rarement par la partie externe du cou ; dans l'un et l'autre cas il met quelques jours à s'écouler ; la fétidité de l'haleine est quelquefois le seul signe qui annonce son écoulement. Quand il reste incarcéré dans les glandes, des symptômes fâcheux se déclarent, et la mort peut arriver par l'extrême infiltration locale. Il faut que l'art, dans ce cas, ouvre une issue à la matière purulente, après l'écoulement de laquelle les parties se cicatrisent facilement. On favorise d'ailleurs la cicatrisation par des gargarismes adoucissans. Lorsque les deux amygdales sont enflammées en

même temps, dans l'une, l'inflammation peut se terminer par résolution, dans l'autre par suppuration. Si l'abcès est situé dans le voile du palais, il occupe ordinairement un de ses côtés; on le reconnaît alors facilement à la déviation de cette partie.

La terminaison par induration est assez fréquente chez les sujets qui ont eu plusieurs palatites consécutives. On reconnaît cet état à la dureté, au développement des parties et à leur aspect lisse. Quelquefois les amygdales renferment des calculs très-durs, de nature calcaire. Lorsque cette maladie se termine par induration, et que le traitement qu'on a dirigé contre elle n'a pu ramener les tissus à l'état normal, comme c'est presque toujours l'engorgement des amygdales qui persiste, s'il est considérable, la déglutition et même la respiration peuvent être gênées. Il n'est qu'un seul moyen de préserver le malade de la suffocation et de le délivrer de cette gêne continuelle; il consiste dans l'ablation des amygdales indurées. Cette opération doit être faite en un seul temps, avec un bistouri légèrement concave sur son tranchant et vers sa pointe. On renverse la tête du malade sur la poitrine d'un aide placé derrière lui, et celui-ci la fixe en appliquant ses deux mains sur le front. On maintient la bouche ouverte au moyen d'un morceau de liége qu'on place entre les dents molaires du côté opposé à celui que l'on opère; on tire l'amygdale en dehors avec une érigne double, et on l'enlève d'un seul coup. Il faut faire en sorte de ne pas porter le bistouri trop profondément, afin de ne pas blesser l'artère carotide interne, située derrière et au côté externe de la glande. *Cheselden* et *Béclard* citent des exemples de cet accident. Après l'opération, des collutoires adoucissans, puis acidulés, concourent puissamment à procurer la cicatrisation de la plaie. Si les deux glandes étaient dans le cas d'être emportées, je pense qu'on ne devrait tenter l'ablation de la seconde que lorsque la plaie résultant de la première opération serait entièrement cicatrisée.

La palatite peut passer à l'état chronique. La maladie est alors caractérisée par une gêne médiocre de la déglutition, une sensation habituelle de douleur, de sécheresse dans l'isthme du gosier, et une

rougeur légère de la membrane qui le tapisse. Il faut alors avoir soin de se vêtir chaudement, de ne pas quitter trop prématurément les habits d'hiver à l'approche du printemps. On a retiré dans ce cas de grands avantages de l'application réitérée de sangsues aux gencives. Il faut en appliquer trois ou quatre tous les huit jours. Sous l'influence de ces moyens, on voit la palatite diminuer progressivement, surtout lorsqu'à ce traitement local on fait concourir un traitement général fondé sur les révulsifs qui peuvent exciter une légère irritation du canal intestinal.

L'hypostaphyle, ou prolapsus de la luette, qui se présente dure, rouge et allongée, affecte un aspect vésiculeux, reposant sur la base de la langue ; en descendant dans le gosier elle produit des nausées, des vomissemens; il est urgent de remédier à ces accidens. On a recours aux substances irritantes ; si elles n'ont produit aucun effet bien marqué, il faut en venir à l'excision de la luette, qu'on extirpe au moyen de ciseaux mousses. Cette opération n'a rien de dangereux, il n'y a pas d'hémorrhagie à craindre.

Les ulcérations qui restent quelquefois après la disparition de tous les symptômes inflammatoires de l'angine demandent, pour marcher à la cicatrisation, d'être cautérisées soit avec le nitrate d'argent, soit avec les acides affaiblis. Le cautère actuel n'est indiqué que quand il faut arrêter une hémorrhagie alarmante.

La terminaison de la palatite par une irritation métastatique est très-grave, souvent mortelle ; il faut alors porter son attention sur l'organe secondairement affecté.

Lorsqu'elle se termine par la mort, on remarque qu'il ne reste plus aucune trace d'inflammation dans les parties qui en étaient évidemment le siége pendant la vie. On peut conclure, par analogie, que lorsqu'on ne rencontre pas de rougeur dans l'estomac chez un sujet qui a présenté pendant la vie des signes de gastrite, ce n'est pas une raison suffisante pour décider que cette inflammation n'a pas existé, puisque la rougeur peut s'effacer à la mort.

Traitement de la palatite en général.

Le traitement de la palatite est fort simple; lorsqu'elle n'est pas intense, il se borne alors au repos, à la diète, aux boissons gommeuses et adoucissantes; on a soin d'éviter les causes qui pourraient l'entretenir. Lorsque la maladie est plus intense, que l'inflammation est portée à un haut degré, il faut employer les saignées générales, la diète absolue, les applications de sangsues à la mâchoire inférieure, le silence absolu et l'abstinence des efforts d'expuition; il faut même éviter les gargarismes, quels qu'ils soient; les seuls mouvemens que le malade est obligé d'imprimer à ces liquides, lorsqu'ils sont dans la bouche, suffisent pour irriter les tissus phlogosés. Si la maladie résiste à ces moyens, on peut avoir recours aux révulsifs portés sur la peau, tels que les pédiluves irritans, les sinapismes, les vésicatoires; encore ces moyens ne peuvent être employés prudemment que dans la période de déclinaison. Plusieurs auteurs ont vanté les vomitifs dans ces inflammations de la gorge; mais il faut être d'une grande circonspection dans leur administration, parce que dans le plus grand nombre des cas, la palatite coïncide avec une gastrite intense, qui ne pourrait qu'être aggravée par ces moyens, et lorsque la gastrite n'existe pas, l'emploi des émétiques peut la développer. On conseille aussi les purgatifs : il faut les réserver pour la fin de la maladie.

Palatite gangréneuse (angine gangréneuse).

Une terminaison extrêmement rare de la palatite est celle par gangrène, et dans la plupart des cas rapportés par les auteurs, ils paraissent évidemment avoir été induits en erreur et avoir pris d'autres altérations organiques pour la gangrène. Quand cette terminaison a lieu, elle s'accompagne toujours d'autres maladies graves, et s'offre alors sous l'apparence d'une amygdalite très-intense, avec gonflement considérable des parties extérieures: d'autres fois elle paraît plus légère au début; ce-

pendant les amygdales, quoique peu gonflées, prennent dans l'espace de trois ou quatre jours un aspect brun. L'haleine du malade exhale une odeur gangréneuse ; on enlève des lambeaux de glandes gangrénées avec des ciseaux mousses, sans que le malade éprouve aucune douleur. Cette affection est presque toujours mortelle, parce qu'elle se complique de phénomènes très-graves dus à l'inflammation de quelques organes dont l'intégrité est indispensable à l'entretien de la vie. Le traitement antiphlogistique paraît être celui qui convient le mieux; cependant lorsque les escharres se détachent, que la prostration est extrême, on peut employer quelques excitans, surtout locaux.

Sous le nom d'*angine gangréneuse*, ou de *charbon angineux*, *Fothergell* et *Ramazzini* ont décrit une angine gutturale épidémique bornée à l'arrière-bouche, ou s'étendant au-delà, et attaquant les enfans, les femmes, en un mot, les sujets les plus irritables, et passant très-promptement à l'état gangréneux. Mais quoiqu'ils assignent la douleur du cou avec tuméfaction, érysipèle au visage, aux mains, aux bras, avec fétidité de l'haleine, soif inextinguible, taches rouges, blanchâtres, puis noires; expectoration de sanie gangréneuse, mort rapide, on ne voit là qu'une violence de l'inflammation, et non une maladie particulière. Cette nuance se développe chez les enfans, chez les élèves qui se livrent aux travaux anatomiques. Dans ces cas, la médication antiphlogistique est moins efficace qu'un traitement tonique, ainsi que l'expérience l'a démontré.

Palatite pseudo-membraneuse (angine pseudo-membraneuse).

M. *Bretonneau*, dans un mémoire à l'Académie, a donné le nom d'*angine pseudo-membraneuse* à une variété ou plutôt à une terminaison de la palatite que les auteurs avaient jusqu'ici confondue avec l'angine gangréneuse. Cette maladie attaque tous les âges, mais plus particulièrement l'enfance d'une manière simplement sporadique ou épidémique.

Les causes qui la produisent sont les mêmes que celles qui produi-

sent toutes les inflammations dites catarrhales. Elle règne plus particulièrement dans le Nord, dans les pays humides et voisins de la mer ou de pièces d'eau étendues, telles que les lacs, les marais. Quelquefois elle sévit sur des groupes isolés, soit dans les familles, soit dans les pensionnats, et y moissonne plusieurs enfans sans se répandre au-delà. Dans d'autres cas, elle dissémine ses ravages dans une grande étendue de pays, à la manière des épidémies les plus meurtrières.

Le premier jour de l'invasion est marqué par la sécheresse de la gorge, avec vive douleur, une sorte de torticolis; souvent peu d'heures après on observe sur les amygdales, sur les parties latérales du pharynx ou du voile du palais, des plaques irrégulières d'un blanc jaunâtre et d'un aspect lardacé. Ces plaques s'étendent souvent très-rapidement, se réunissent, se confondent, et envahissent quelquefois tout le pharynx, les fosses nasales, le larynx, la trompe d'*Eustache*. Elles peuvent même descendre jusqu'à l'estomac; alors la déglutition est très-difficile sans être douloureuse, les liquides sont rejetés par les narines, les malades nasillent, l'injection des liquides provoque la toux; les productions membraneuses sont étendues en masses compactes, homogènes, réunies ou laissant entre elles des espaces plus ou moins grands; dans les intervalles libres, la muqueuse sécrète une mucosité sanguinolente, fétide, comme ichoreuse, qui se mêle avec des portions de ces productions membraneuses, et est rejetée par l'expuition; elle leur communique un aspect gangréneux; c'est ce qui a trompé plusieurs médecins, et leur a fait prendre ces plaques membraniformes pour des escharres gangréneuses. Mais ce qui distingue ces produits, c'est qu'à la suite des escharres gangréneuses, outre le ramollissement de la membrane et l'odeur spéciale, on aperçoit de plus une perte de substance, tandis qu'à la chute des débris membraneux, on ne remarque ni ramollissement, ni perte de substance, ni odeur de gangrène, quoique la laryngite pseudo-membraneuse soit elle-même accompagnée d'une odeur fétide.

Il n'est cependant pas impossible que dans certains cas la palatite

se termine par gangrène; mais, comme je l'ai dit, cette terminaison est extrêmement rare. Cette forme d'angine est presque toujours sympathique d'une inflammation des voies digestives; elle coïncide encore avec une scarlatine, une rougeole, une variole.

Ces fausses membranes ne diffèrent pas de celles qui sont le produit de l'inflammation des séreuses; elles sont presque entièrement albumineuses. Leur disparition peut avoir lieu de deux manières : 1°. par exfoliation, 2°. par résorption. Dans le premier cas, au bout d'un temps plus ou moins long, les fausses membranes se détachent par petites portions et sont rendues par l'expectoration, ou bien elles tombent dans l'estomac, où elles ne causent pas d'irritation marquée. Elles ne laissent presque jamais d'ulcérations au-dessous d'elles, mais les surfaces qu'elles recouvraient paraissent d'un rouge foncé, sombre, disposé par marbrures, ce qui en a imposé pour un caractère gangréneux. Elles sont, en général, assez adhérentes sur la muqueuse sous-jacente, ce qui n'a pas lieu dans le croup, où les fausses membranes sont mobiles et flottantes. Dans le second cas, lorsqu'elles sont résorbées, les fausses membranes perdent peu à peu de leur couleur jaunâtre; elles deviennent blanches, claires, tout à fait diaphanes. On les aperçoit formant au-dessus de la muqueuse une gaze légère, qui affaiblit un peu l'intensité de la rougeur. Cette terminaison est plus heureuse que la première; la régénération des fausses membranes n'a jamais été observée après l'absorption qui les avait fait disparaître, tandis qu'après l'exfoliation on en a vu de nouvelles.

Après la terminaison pseudo-membraneuse, il en faut citer une autre qui a également trompé les observateurs, et a été prise pour la gangrène; c'est l'angine pultacée, regardée par *Fothergill* comme une angine gangréneuse. Son invasion n'est pas aussi brusque, elle se manifeste d'abord par une inflammation franche de la muqueuse palato-pharyngienne; mais bientôt la muqueuse se recouvre aussi de plaques, mais différentes de celles qui sont fournies par les fausses membranes : ici la matière est molle, pultacée, caséeuse, sillonnée par des corps plus durs, jaunâtre ou blanchâtre; elle adhère peu aux

tissus. Des lotions suffisent pour la détacher et l'entraîner; mais elle se reproduit bientôt. Elle règne quelquefois épidémiquement sur les enfans, et alors elle coïncide presque toujours avec une phlegmasie intestinale, une encéphalite, une méningite, ce qui fait dire à M. *Guersent* que cette angine est liée avec une fièvre adynamique ou ataxique.

Le traitement de cette terminaison de la palatite par production de fausse membrane ou l'apparition d'une matière pultacée, a paru à quelques praticiens devoir différer de celui de la palatite ordinaire. Le parti à suivre est de se régler sur les progrès de l'inflammation et de lui opposer une médication appropriée. Toutes les fois qu'avec une douleur coïncide une chaleur intense, on doit recourir aux applications de sangsues aux gencives sous la mâchoire inférieure: si la face est pâle, bouffie, la chaleur éteinte, le pouls petit; si le sujet paraît affaibli, l'inflammation ne paraissant pas intense, on peut employer quelques moyens excitans, mais avec réserve. Dans le cas où le cercle enflammé dans l'intervalle des fausses membranes perd de sa rougeur ou se décolore complètement, on peut toucher les parties affectées avec l'acide hydrochlorique ou de l'acide sulfurique.

Il est rare que l'excitation révulsive soit sans péril; dans la plus grande majorité des cas, l'angine pseudo-membraneuse et la palatite sont accompagnées d'une irritation gastro-intestinale, par conséquent il n'est pas permis de recourir à des moyens propres à activer l'inflammation de ces organes et par suite celle de la gorge.

FIN.

HIPPOCRATIS APHORISMI.

I.

Morbi autem in pluviosis quidem plerumquè fiunt, et febres longæ, et alvi fluxiones, et putredines, et epileptici, et apoplectici, et anginæ; in siccitatibus verò tabidi, ophthalmiæ, arthritides, urinæ stillicidia et dysenteria. *Sect.* 3, *aph.* 16.

II.

Ab anginâ detento tumorem fieri in collo, bonum; foràs enim vertitur. *Sect.* 6, *aph.* 37.

III.

Ab anginâ detento tumor et rubor in pectore superveniens, bonum; foràs enim vertitur morbus. *Sect.* 7, *aph.* 49.

IV.

Quibus anginam effugientibus ad pulmonem vertitur, in septem diebus moriuntur; si verò hos effugiunt, suppurati fiunt. *Sect.* 5, *aph.* 10.

V.

Cùm morbus in vigore fuerit, tunc vel tenuissimo victu uti necesse est. *Sect.* 1, *aph.* 8.

VI.

Impura corpora quò magis nutriveris, eò magis lædes. *Sect.* 2, *aph.* 10.

